



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2 MONTHS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ទារកភាព៖ អាយុ 2 ខែ

សំរាប់វិទ្យុកម្មវិធី ដើម្បីបញ្ជាក់ការ	ឈ្មោះរបស់កុមារ		ថ្ងៃខែកំណើត																				
	ប្រតិកម្មនានា		ថ្នាំលេបបច្ចុប្បន្ន																				
	អាគារ/គ្រោះថ្នាក់/បញ្ហា/ការបារម្ភគំរាមពីពេលវេជ្ជបរិច្ឆេទសុខភាពចុងក្រោយ																						
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំដេកលក់ស្រួល ។</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំអាចធ្វើសម្លេងយូរ ។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំបីគឺជញ្ជប់ក្បាលដោះបានល្អ ។</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំងើបក្បាលនៅពេលវាគ្រាបផ្តាច់មុខ ។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ទារករបស់ខ្ញុំអាចមើលឃើញនិងស្តាប់ឮ ។</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>ខ្ញុំមានការបារម្ភព្រោះខ្ញុំកើតទុក្ខច្រើនដងពេក ។</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំដេកលក់ស្រួល ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចធ្វើសម្លេងយូរ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំបីគឺជញ្ជប់ក្បាលដោះបានល្អ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំងើបក្បាលនៅពេលវាគ្រាបផ្តាច់មុខ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចមើលឃើញនិងស្តាប់ឮ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំមានការបារម្ភព្រោះខ្ញុំកើតទុក្ខច្រើនដងពេក ។				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំដេកលក់ស្រួល ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចធ្វើសម្លេងយូរ ។																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំបីគឺជញ្ជប់ក្បាលដោះបានល្អ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំងើបក្បាលនៅពេលវាគ្រាបផ្តាច់មុខ ។																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ទារករបស់ខ្ញុំអាចមើលឃើញនិងស្តាប់ឮ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំមានការបារម្ភព្រោះខ្ញុំកើតទុក្ខច្រើនដងពេក ។																		

WEIGHT KG/OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE
--------------------------	--------------------------	----------------------

Review of systems Review of family history

Screening:

	N	A	
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social/Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gross Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fine Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Physical:

	N	A		N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Describe abnormal findings:

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

Review Immunization Record

Health Education/Anticipatory Guidance: (Check all completed)

Family Planning Safety Sleeping on back

Development Crib Safety Shaken Baby Syndrome

Infant Bond Feeding/colic Fever

Passive Smoke? No bottle in bed Child Care

Appropriate Car Seat

Other: _____

Assessment: _____

NEXT VISIT: 4 MONTHS OF AGE

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER ADDRESS

INFANCY: 2 MONTHS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Hearing Screen

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

Hepatitis B Vaccine

Dosing schedule:

- First dose at birth or other starting date.
- Second dose at least one month after the first dose.

Polio Virus Vaccine

Give a dose of inactivated polio virus (IPV) vaccine:

- at 2 months.
- at 4 months.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or the Denver II, or the ELMS2 (a language screen).

- | Yes | No | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Vocalizes.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Smiles responsively.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Follows to mid line.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responds to sounds. |

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on *even one* of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**

សុខភាពទារករបស់អ្នកនៅអាយុ 2 ខែ

ដំណាក់កាលសំខាន់

របៀបដែលទារករបស់អ្នកកំពុងធំលូតលាស់រវាង អាយុ 2 ខែនិង 4 ខែ ។

ងើបក្បាលនិងស្មារឡើងលើ នៅពេលដេកផ្តាច់នៅលើពោះ ។

ញញឹមពេលអ្នកនិយាយទៅរកវា ។

ធ្វើសម្លេងដូចសម្លេងអ្នកធ្វើទៅរកវា ("អេអេអេអេអេ" "អ៊ីអ៊ីអ៊ីអ៊ីអ៊ី")

ចូលចិត្តល្បែងលេងដែលធ្វើសម្លេងដូចគេអង្រួន សម្លេងស្រួយវែង) ។

កាន់ដៃនិងជើងរបស់វា ។

ព្យាយាមកាន់ល្បែងលេងតូចៗនៅក្នុងដៃរបស់វា ។

អ្នកដូងកូនរបស់អ្នករៀនជំនាញការថ្មីដោយលេងជាមួយវា។

ដើម្បីរកជំនួយនិងព័ត៌មានថែមទៀត

ព័ត៌មានអំពីសុខភាពនិងការធំលូតលាស់របស់កុមារ ការចាក់ថ្នាំការពារ រោគ៖ ព័ត៌មានអំពីម្តាយមានសុខភាពល្អនិងទារកក៏មានសុខភាពល្អ និងទូរស័ព្ទប្រចាំការដើម្បីជួយបញ្ជូនឈ្មោះ 1-800-322-2588 (សម្លេងនិយាយ) ឬ 1-800-833-6388 (ប្រដាប់បន្ត TTY) ។

ការបំបៅដោះពេលត្រឡប់ទៅកន្លែងធ្វើការវិញ៖ ព័ត៌មានអំពីម្តាយមានសុខភាពល្អនិងទារកក៏មានសុខភាពល្អ និងទូរស័ព្ទប្រចាំការដើម្បីជួយបញ្ជូនឈ្មោះ (លេខនៅខាងលើ) ។

សំរាប់រកជំនួយ បើអ្នកមានអារម្មណ៍មិនសប្បាយចិត្តនិងទារករបស់អ្នក៖ ទូរស័ព្ទប្រចាំការសំរាប់ជួយគ្រួសារ 1-800-932-4673 ។

បើអ្នកមានសំនួរអំពីសុខភាពទារករបស់អ្នក៖ ចូរនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគិលានុបដ្ឋាក-យីការរបស់ទារកអ្នក ។

ចំណុចសំខាន់ផ្នែកសុខភាព

ការពិនិត្យសុខភាព "ក្មេងដើម្បីរក្សាសុខភាពល្អ" ជួយទារករបស់អ្នកឲ្យនៅមានសុខភាពល្អ ។ ចូរព្យាយាមកុំឲ្យខកខានការទៅជួបពិនិត្យទាំងនេះ ។ បើអ្នកខកខាន ចូរទូរស័ព្ទដើម្បីធ្វើការណាត់ជួបមួយទៀត ។

ចូរទុកប័ណ្ណប្រវត្តិចាក់ថ្នាំការពាររបស់ទារកអ្នកនៅកន្លែងគង់រង់ ហើយនាំយកទៅជាមួយពេលទៅពិនិត្យសុខភាពទាំងអស់ ។ បើអ្នកមានសំនួរអំពីការចាក់ថ្នាំការពាររោគ ចូរនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគិលានុបដ្ឋាករបស់ទារកអ្នក ។

ទឹកដោះម្តាយ ឬហ្វូរមូឡាតែប៉ុណ្ណោះដែលជាអាហារសំរាប់ទារកនៅអាយុនេះ ត្រូវការដើម្បីធំលូតលាស់ ។ ទារកក្មេងខ្ចីកំរុំត្រូវការទឹកណាស់ ។ ចូរចៀសវាងការឲ្យទឹកផ្ទៃលើដល់ទារករបស់អ្នកនៅអាយុនេះ ។ នៅពេលណាវាយ្មានឬស្រែក វាត្រូវការជីវជាតិនៅក្នុងទឹកដោះ ឬហ្វូរមូឡា ។

អ្នកអាចបន្តការបំបៅដោះនៅពេលត្រឡប់ទៅកន្លែងធ្វើការរបស់អ្នកវិញបាន ។ សំរាប់ការពន្យល់ក្បោះក្បាយស្តីអំពីការបំបៅដោះនិងធ្វើការ ចូរទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីម្តាយនិងទារកមានសុខភាពល្អ ។

ជួនកាល ទារករបស់អ្នកត្រូវការញ៉ាំញឹកញាប់ជាងពេលឯទៀត ។ នេះគឺមានន័យថាវាកំពុងធំលូតលាស់យ៉ាងឆាប់រហ័ស ។

ចូររក្សាទារករបស់អ្នកឲ្យនៅឆ្ងាយពីមនុស្សជក់បារី ។ ផ្សែងអាចបណ្តាលឲ្យកើតផ្តាសាយនិងរោគហ៊ុតដល់ទារកបាន ។

ចូរបន្តដាក់ទារករបស់អ្នកឲ្យដេកផ្លូវពោះ ដើម្បីបន្ថយឱកាសនៃសហិនមិត្តហេតុនៃមរណភាពទាន់ហានរបស់ទារក ។ ចូរបញ្ជាក់ថាជីដូនជីតានិងអ្នកមើលថែទាំក្មេងឯទៀតក៏ត្រូវដាក់ទារកឲ្យដេកផ្លូវពោះផងដែរ ។

ចំណុចសំខាន់សំរាប់មាតាចិត្តា

ពេលអ្នកនៅជាមួយទារកអ្នក ចូរនិយាយទៅរកវា ប្រៀងឲ្យវាស្តាប់ និងមើលចំភ្នែករបស់វា ។ រឿងនេះជួយឲ្យវាដឹងថាអ្នកស្រឡាញ់វា ។ រឿងនេះក៏ជួយខ្លួនក្បាលវាឲ្យលូតលាស់ផងដែរ ។

ចំណុចសុវត្ថិភាព

ការពារការរលាក៖

- ឆែកមើលដើម្បីបញ្ជាក់ថាទឹកអាងក្តៅល្អមុននឹងដូតទឹកឲ្យទារករបស់អ្នក ។
- ចៀសវាងជីកកាហ្វេ តែ ឬភេសជ្ជៈឯទៀតដែលក្តៅនៅខណៈដែលកំពុងពរទារក ។
- កុំដាក់ទារកហាលថ្ងៃ ។ ពាក់មួកមានហាមឲ្យវា ហើយនិងខោអាវដែលគ្របដៃនិងជើងរបស់វា ។